

1 Erscheinungsbild, Entwicklungspsychopathologie und Klassifikation

Der achtjährige Marvin wird von seiner alleinerziehenden Mutter in einer psychotherapeutischen Praxis vorgestellt, weil er einige seiner Lieblingsspielzeuge, insbesondere seine Autos und seine Stofftiere, immer genau richtig hinstellen müsse. Wenn er aus der Schule nach Hause komme, kontrolliere er umgehend, ob die Autos noch richtig stünden. Die Mutter berichtet einen Vorfall der letzten Woche, bei dem sie die Autos nach dem Staubwischen nicht wieder exakt richtig hingestellt habe. Als Marvin dies bemerkt habe, sei er sehr ungehalten geworden und habe die Mutter angeschrien. Sie habe ihn dabei auch gefragt, warum die Autos denn so stehen müssten, aber Marvin habe nur gesagt: »Darum!«

Die 14-jährige Paula wird von ihren Eltern in der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz vorgestellt. Paula berichtet, dass sie sich übermäßig viel die Hände wasche. Sie wasche sich ca. zehnmal am Tag die Hände und benötige jedes Mal bis zu 20 Minuten dafür. Die Haut auf den Händen ist trocken und gerötet. Als Grund für das häufige Händewaschen nennt sie Berührungen mit bestimmten Gegenständen, die andere Menschen angefasst hätten (z. B. Türklinken), oder Personen. Sie befürchte dann, kontaminiert zu sein und infolge der Kontamination ernsthaft zu erkranken oder auch die Kontamination an andere Menschen weitergeben zu können. Daher vermeide sie solche Kontakte wenn möglich. Wenn es sich nicht vermeiden lasse, die Türklinke zu berühren, drücke sie diese mit dem Ellbogen herunter. Sie achte sehr darauf, dass Mitschüler*innen nicht ihre Schulsachen berührten.

Die zehnjährige Mona wird von der Mutter in der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Ambulanz wegen multipler Zwänge vorgestellt: Sie müsse sich häufig die Hände waschen oder ausschütteln, letzteres insbesondere vor dem Schlafengehen. Darüber hinaus sammle sie Plastikflaschen, Abgeriebenes von Radiergummis, Bonbonpapiere, Papierfetzen und vieles andere mehr. Die gut 100 Plastikflaschen seien in ihrem Zimmer so verteilt, dass sie sich nur mit Mühe einen Weg durch ihr Zimmer bahnen könne.

Angefangen habe dieses Sammeln vor drei Jahren in einem Italien-Urlaub. Die Flaschen stellten Andenken an den schönen Urlaub dar. Mit der Zeit habe sich das Flaschensammeln verselbständigt und sich das Sammeln auf weitere Gegenstände ausgeweitet. Wenn sie eine Flasche doch nicht mitnehmen könne, mache sie ein Foto davon, sodass der Speicher auf ihrem Handy voll sei. Die Mutter dränge seit geraumer Zeit darauf, die Flaschen endlich wegzuerwerfen, was

Mona sehr schwerfalle. Mona habe den Eltern vorgeschlagen, ein Gartenhäuschen für die Flaschen zu bauen. Bei Versuchen – mit Unterstützung der Mutter –, die Flaschen wegzuerwerfen, fotografiere sie die Flaschen, bevor sie sie wegschmeißen könne.

Lernziele

- Sie kennen verschiedene Erscheinungsformen von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen.
- Sie können Zwangsgedanken und Zwangshandlungen voneinander unterscheiden.
- Sie können die diagnostischen Kriterien für die Zwangsstörung nach der *Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* in der zehnten Auflage der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10, WHO, 2016) und die wesentlichen Kritikpunkte dieser Klassifikation benennen.

1.1 Begrifflichkeiten und Definitionen

Zwangsstörungen (Englisch: obsessive-compulsive disorder; OCD) bestehen regelhaft aus *Zwangsgedanken* (Englisch: obsessions), *Zwangshandlungen* (Englisch: compulsions) und *Vermeidungsverhalten*. Zwangsgedanken sind – sich meist wiederholende – ich-dystone (d. h. ich-fremde) Gedanken, die sich den Patient*innen aufdrängen. Kinder und Jugendliche sprechen häufig von »schlechten Gedanken« oder auch von Sorgen. Inhaltlich drehen sie sich zumeist um Verunreinigung und Kontamination, Zweifel (»habe ich das Licht tatsächlich ausgemacht?«; habe ich die Türe tatsächlich abgeschlossen?« etc.), Schaden (»meine Eltern könnten sterben«), Aggression (»ich könnte jemand töten«), Sexualität, insbesondere Inzest (»könnte es sein, dass ich Sex mit meinem Vater haben will?«), Homosexualität (»bin ich lesbisch/schwul?«) und Blasphemie (»Gott ist böse«) und religiöse Zweifel (»Ich glaube gar nicht richtig und werde in die Hölle kommen«).

Ich-dyston sind die Gedanken insofern, als sie dem rationalen Denken und/oder dem persönlichen Wertesystem entgegenstehen wie in den folgenden Beispielen:

- Zweifel daran, die Tür geschlossen zu haben, nachdem man sie gerade erst geschlossen hat
- homosexuelle Gedanken, die aber nicht mit positiver Erregung, sondern mit Aversion und Ekel verbunden sind, weil die Betroffenen sich eigentlich als heterosexuell betrachten
- blasphemische Gedanken, die den eigenen religiösen Überzeugungen widersprechen

Diese Gedanken werden in der Regel als unangenehm und ängstigend erlebt und meist als übertrieben oder unsinnig erkannt. Allerdings kommt es insbesondere bei jüngeren Kindern und auch bei Patient*innen mit sehr chronifizierter Symptomatik (ggf. mit einer zwanghaften Persönlichkeitsentwicklung), dazu, dass die Gedanken als ich-synton (also mit dem eigenen Denken und Werten übereinstimmend) erlebt werden.

Der achtjährige Adrian wäscht sich übertrieben viel die Hände. Seine Mutter weist ihn darauf hin, dass sein Freund sich doch auch nicht so häufig die Hände wasche. Daraufhin geht Adrian zu seinem Freund und fordert ihn auf, sich mehr die Hände zu waschen.

In der derzeit gültigen 10., deutschen Version der »Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme« (ICD-10-GM) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden Zwangsgedanken im engen Sinne als Gedanken (und Befürchtungen) aufgefasst, während im amerikanischen »Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen (DSM)«, sowohl in der veralteten vierten, in der aktuellen fünften Fassung (DSM-5) als auch im zukünftigen ICD-11, zudem sich aufdrängende Bilder, Handlungsimpulse und ein Erleben von Unvollständigkeit oder »Nicht-genau-richtig-Erlebens« (*not just right experiences*, NJRE, Ecker & Gönner, 2017) als Zwangsgedanken gefasst werden. Zwangsgedanken werden in aller Regel als unangenehm – insbesondere ängstigend, belastend, ekelhaft, schuld- und schambesetzt – empfunden und führen damit zu einem hohen Handlungsdruck, Abhilfe zu schaffen. Dies geschieht durch Zwangshandlungen und Vermeidungsverhalten.

Zwangshandlungen bzw. Zwangsrituale beschreiben die Versuche, die unangenehmen und ängstigenden Gedanken wieder loszuwerden oder zu neutralisieren. Tatsächlich sind die Betroffenen häufig kurzfristig erfolgreich dabei, die Ängste vorübergehend zu reduzieren. Dieser kurzfristige Erfolg trägt zur Aufrechterhaltung der Rituale bei. Mittel- und langfristig sind die Rituale nicht erfolgreich; die belastenden Gedanken treten erneut auf.

Die Rituale sind oft inhaltlich gut nachvollziehbar auf die Zwangsgedanken bezogen. So werden zwanghafte Kontaminationsgedanken mit exzessivem Waschen und Putzen beantwortet, während Patient*innen mit Zwangsstörung auf Zweifel, ob die Türe abgeschlossen oder Geräte ausgeschaltet sind, mit wiederholtem Kontrollieren reagieren. Es finden sich aber auch Kombinationen aus Zwangsgedanken und -handlungen, die Außenstehenden nicht unmittelbar einleuchten: So müssen beispielsweise Stifte gerade hingelegt oder Schritte wiederholt werden, um zu verhindern, dass den Eltern ein schlimmes Unglück widerfährt. Meist müssen die Rituale so lange durchgeführt werden, bis die begleitenden Zwangsgedanken nachgelassen haben. Zwangsrituale können auch verdeckt/gedanklich durchgeführt werden: Beispielsweise sollen Zwangsgedanken mithilfe von Gegengedanken (z. B. »aber ich bin doch gar nicht schwul«), exzessive Versündigungsideen mit Beten neutralisiert werden.

Not-just-right-experience-Zwänge

In der Regel treten Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gemeinsam auf. Ein Sonderfall sind die »NJRE-Zwänge«, bei denen kein Unglück oder Schaden befürchtet wird. Die Betroffenen müssen die Zwangshandlungen ausführen, weil es sich sonst komisch, unvollständig, eben nicht ganz richtig anfühlt. Für Kliniker*innen ist es wichtig, diesen NJRE-Subtyp zu kennen, um nicht vergeblich darauf zu bestehen, die Patient*innen müssten doch irgendwelche Befürchtungen haben. Der Zwangsgedanke besteht hier einfach in: »Das muss so sein!« Immer wieder brechen Patient*innen mit Zwangsstörung die Behandlung ab, weil sie sich von Therapeut*innen missverstanden fühlen, die fordern, die/der Patient*in solle endlich ihre/seine Zwangsgedanken zugeben.

Unterscheidung von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen

In der Behandlung ist sehr wichtig, Zwangsgedanken und gedankliche/mentale Rituale zu unterscheiden (► Tab. 1.1). Zwangsgedanken sind unwillkürlich, also nicht kontrollierbar. Die Betroffenen sehen in diesen Gedanken das eigentliche Problem und wünschen, dass diese Gedanken verschwinden. Die gedanklichen Rituale sind dagegen (wie andere Zwangshandlungen auch) willkürliche Handlungen, die die Ängste (oder andere aversive Gefühle) reduzieren sollen. Sie werden zwar in der Regel nicht freiwillig durchgeführt, aber die Betroffenen verstehen sich in der Regel als Akteur*innen ihrer Handlung. Während die Betroffenen die Zwangsgedanken als das eigentliche Problem und die Zwangshandlungen als ihre Lösung betrachten, ist es aus psychotherapeutischer Sicht genau umgekehrt: Zwangsgedanken sind für sich genommen kein Problem und schon gar nicht etwas, was man dauerhaft kontrollieren könnte; das eigentliche Problem sind die Zwangshandlungen und weitere exzessive Strategien, die die Betroffenen zur Abwehr der Zwangsgedanken einsetzen.

Tab. 1.1: Unterschiede von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen

Zwangs-	-gedanke (obsession)	-handlung (compulsion)
Kontrollierbarkeit	Unkontrollierbar	Kontrolliert, aber nicht freiwillig (wird wie aus innerem Zwang ausgeführt)
Dauer	Kurz, wiederholend	Lang, wiederholt
Angst/Anspannung	Steigt	Fällt
Erleben	Wird als quälend erlebt	Wird als Lösung erlebt – zumindest kurzfristig!
Auftrag	»Hilf mir, die Gedanken los zu werden!«	»Bitte nimm mir das nicht weg!«

Vermeidung

Zwangsgedanken werden jedoch nicht nur mit Zwangshandlungen, sondern auch mit Vermeidungsverhalten beantwortet. Betroffene mit Waschzwang vermeiden häufig den Kontakt zu aus ihrer Sicht kontaminierten Gegenständen (z. B. Türklinken, Geldstücke, Klobrillen) oder Körperkontakt wie z. B. Händeschütteln mit anderen Personen. Menschen mit Kontrollzwang vermeiden beispielsweise, als letzte*r das Haus zu verlassen, um nicht letztverantwortlich dafür zu sein, dass die Türe geschlossen und das Licht gelöscht ist. Personen mit aggressiven Zwangsgedanken wagen es nicht, gefährliche Gegenstände wie Messer anzufassen, weil sie drohen, in ihren Händen zu Mordwerkzeugen zu werden. Jugendliche mit homosexuellen Zwangsgedanken vermeiden zu engen (Blick-)Kontakt mit gleichgeschlechtlichen Jugendlichen, weil sie dies als Hinweis interpretieren, tatsächlich homosexuell zu sein.

Neben offensichtlichem Vermeidungsverhalten zeigen Patient*innen mit Zwangsstörung auch häufig kognitive Vermeidung in Form von Gedankenunterdrückung. Weil alleine die Existenz des Gedankens Angst und Unbehagen macht, versuchen die Betroffenen, diese Gedanken loszuwerden.

1.2 Symptomatik

Zwangsstörungen beschreiben eine heterogene Symptomatik, die verschiedene Bereiche umfasst.

Waschzwänge sind assoziiert mit Kontaminationsbefürchtungen (z. B. »ich bin verseucht/schmutzig«), darauf bezogene Gefühlen, insbesondere Angst und Ekel, und bestehen meist in übertriebenem, wiederholtem und langwierigem Händewaschen, häufig auch in übermäßigem Duschen oder exzessivem Zähneputzen.

Kontrollzwänge beziehen sich häufig auf Zweifel, dass die Wohnungs- oder Haustüre oder auch der Haustierkäfig (Vogel, Hamster, Kaninchen etc.) nicht abgeschlossen ist, das Licht im Keller noch brennt, Elektrostecker noch in den Steckdosen stecken usw. Typisch sind Sorgen (vor Einbrechern, einem Brand, davor, dass die Tiere weglaufen), Angst und Schuldgefühle, den befürchteten Schaden verursachen zu können.

Ferner treten häufiger *Wiederholungszwänge* auf; die Betroffenen müssen sich z. B. wiederholt hinsetzen und aufstehen oder die Hausaufgaben perfekt anfertigen oder mehrfach neu beginnen. Dafür brauchen die betroffenen Kinder und Jugendlichen ein Vielfaches der üblichen Zeit, weil sie beispielsweise mit dem Stift eine Linie überschritten haben und daher das Wort neu schreiben müssen.

Weitere Zwangshandlungen sind das *Berühren* von Gegenständen und das *Arrangieren* von Gegenständen auf eine ganz bestimmte Art und Weise (*Ordnungszwang*). *Symmetriezwänge* äußern sich beispielsweise darin, dass die Betroffenen

Stifte (oder andere Gegenstände) exakt parallel anordnen müssen, und sind häufig mit Befürchtungen assoziiert, dass Angehörige sterben könnten.

Zwanghaftes Horten besteht darin, dass die Betroffenen bestimmte Gegenstände sammeln müssen und große Schwierigkeiten haben, diese Gegenstände wegzuworfen. Beachte: In neueren Klassifikationssystemen wird diese Symptomatik nicht mehr unter die Zwangsstörungen subsummiert, sondern als eigene Diagnose konzipiert (ausführlicher in ► Kap. 1.4).

Daneben besteht ein unendliches Feld *unspezifischer Zwangshandlungen*, die in der wiederholten Ausführung von Handlungen bestehen, die ein drohendes Unglück verhindern sollen. Beispielsweise musste ein 16-Jähriger immer wieder bestimmte Bewegungen ausführen, um zu verhindern, dass ein Flugzeug abstürzt, und eine 15-Jährige mit komorbider Emetophobie (d. h. Angst zu erbrechen) musste Gegenstände in ihrem Zimmer wiederholt berühren, um zu verhindern, dass sie in der Nacht erbricht.

Mentale oder *Gedankenrituale* bestehen in Form von exzessivem Beten, Zählen, Gegengedanken (z. B. »ich bin nicht lesbisch«) oder auch in Gedankenunterdrückung.

Eine faktorenanalytische Studie an 854 Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen aus fünf Nationen ermittelte ein Drei-Faktoren-Modell als das am besten passende: 1. Schaden und Sexualität, 2. Symmetrie/Horten, 3. Kontamination/Waschen (Højgaard et al., 2017). Die Faktorenstruktur war unabhängig von Alter und Geschlecht. Der erste Faktor korrelierte signifikant mit Angst, der zweite Faktor mit Depressivität und Angst. Der dritte Faktor korrelierte negativ mit Tics und Aufmerksamkeitsstörungen. Mädchen sorten auf dem zweiten Faktor höher als Jungen.

Bloch, Landeros-Weisenberger, Rosario, Pittenger und Leckman (2008) ermittelten in einer Metaanalyse (über vier Studien mit insgesamt 679 Proband*innen) eine Vier-Faktoren-Struktur: 1. Symmetrie (28,7 %), 2. Kontamination/Waschen und somatische Zwangsgedanken (19,9 %), 3. Horten (16,7 %) und 4. aggressive, sexuelle und religiöse Zwangsgedanken (16,4 %). Goletz und Döpfner (2020) ermittelten in einer Studie an 169 Kindern und Jugendlichen ebenfalls vier Faktoren: 1. Impulskontrolle/ Kontrollverlust und religiöse Zwangsgedanken; 2. Kontrollieren und Schadensvermeidung, Sexualität; 3. Waschen und Reinigen; 4. Zählen, Berührungs-, Wiederholungs-, Ordnungszwänge, Horten und Sammeln und magische Zwangsgedanken.

Familiäre Akkommodation

Kinder und Jugendliche können ihre Eltern – und ggf. auch weitere Familienangehörige – auf unterschiedliche Art und Weise in die Rituale mit einbinden, beispielsweise im Rahmen von Rückversicherungszwängen (z. B.: »Mama, du musst mir sagen, dass alles okay ist!«). Bei Waschwängen müssen die Eltern große Mengen an Seife kaufen und lange warten, weil das Kind übermäßig lange das Bad blockiert. Familienmitglieder müssen warten, bis das Kind seine Kontrollrituale beendet hat, damit sie endlich gemeinsam das Haus verlassen können; nicht selten kommt es

dann dazu, dass die Eltern dem Kind beim Kontrollieren helfen, damit es schneller geht. Häufig ist in diesen Fällen der Leidensdruck der betroffenen Kinder geringer als der ihrer Familienmitglieder. In einer Studie von Wewetzer et al. (2003) berichteten 85 % der befragten Eltern, in die Zwänge des Kindes eingebunden zu sein. In einer Studie von Peris et al. (2008) waren fast alle Eltern in die Zwänge des Kindes eingebunden.

1.3 Klassifikation nach ICD und DSM

Nach ICD-10 ist eine Zwangsstörung charakterisiert durch wiederkehrende Zwangsgedanken bzw. Grübelzwang und/oder durch wiederkehrende Zwangshandlungen bzw. Zwangsrituale. Dabei werden unterscheiden:

- F42.0: Zwangsstörungen mit vorwiegend Zwangsgedanken bzw. Grübelzwang
- F42.1: Zwangsstörungen mit vorwiegend Zwangshandlungen
- F42.2: Zwangsstörungen mit Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gemischt
- F42.8: Sonstige Zwangsstörungen
- F42.9: Zwangsstörung, nicht näher bezeichnet

Diagnostische Kriterien für eine Zwangsstörung nach den ICD-10 (F42)

- Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen treten über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen an den meisten Tagen auf.
- Die Zwangsgedanken und die Zwangshandlungen
 - werden als Produkte des eigenen Geistes erkannt und nicht als von Personen oder äußeren Einflüssen eingegeben betrachtet,
 - treten wiederholt auf, werden als unangenehm erfahren und mindestens ein Zwangsgedanke bzw. eine Zwangshandlung wird als übertrieben oder unangemessen erkannt (Einsichtskriterium).
- Die Betroffenen versuchen, sie zu unterdrücken. Mindestens ein Zwangsgedanke oder eine Zwangshandlung kann nicht erfolgreich unterdrückt werden.
- Das Auftreten des Zwangsgedankens oder die Ausführung der Zwangshandlung an sich wird als unangenehm erfahren.
- Die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen verursachen Beschwerden oder beeinträchtigen das soziale Leben bzw. die Bewältigung des Alltags der Betroffenen.
- Die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen sind nicht das Ergebnis einer anderen psychischen Störung, wie z. B. einer Schizophrenie oder damit verwandten Störung bzw. einer affektiven Störung.

Die Klassifikation nach ICD-10 ist in vielerlei Hinsicht problematisch: Die Unterscheidung von Zwangsstörungen mit vorwiegend Zwangsgedanken respektive Zwangshandlungen ist unsinnig, da regelhaft beide Phänomene auftreten (Williams et al., 2011). Patient*innen mit vorwiegend Zwangsgedanken zeigen vielleicht keine offenen, dafür jedoch verdeckte/mentale Rituale, die gedanklichen Zwangshandlungen gleichkommen; Patient*innen mit vorwiegend Zwangshandlungen berichten vielleicht keine ungewöhnlichen Befürchtungen eines drohenden Unglücks bzw. Zwangsgedanken im engeren Sinne, dafür jedoch NJR-Erleben oder Zwangsimpulse. Der Begriff »Grübelzwang« wird von vielen Kliniker*innen fälschlich – aber gut nachvollziehbar – mit exzessivem Grübeln bzw. Rumination gleichgesetzt. Grübeln ist jedoch ein Kernsymptom depressiver Erkrankungen, nicht von Zwangsstörungen. Aufgrund dieser begrifflichen Unschärfe werden Patient*innen mit depressiven Störungen immer wieder fälschlich Zwangsstörungen attestiert. Wie sich die zusätzlichen Kategorien »sonstige« und »nicht näher bezeichnete« Zwangsstörungen voneinander unterscheiden sollen, ist völlig unklar, da beide Restkategorien nicht definiert und aus Sicht des Autors überflüssig sind.

Da es gerade Kindern und Jugendlichen an der Einsicht an der Unsinnigkeit der Zwänge mangeln kann, ist das Einsichtskriterium nur begrenzt sinnvoll. Steinberger und Schuch (2002) untersuchten 61 Kinder und Jugendliche mit Zwangsstörungen. Nach dem damals gültigen DSM-IV ließ sich bei 58 Patient*innen die Diagnose stellen, nach ICD-10 (Forschungskriterien) waren es lediglich 26, weil die übrigen das Einsichts- und das Widerstandskriterium nicht erfüllten. Die Autoren schlossen daraus, dass diese Kriterien für Kinder unter 14 Jahren häufig ungeeignet sind.

Weder im DSM-IV, im aktuellen DSM-5 noch im zukünftigen ICD-11 werden die o. g. Subtypen so benannt; stattdessen ist einfach von »Zwangsstörung« die Rede. Im DSM-IV wurde als einziger Subtyp die »Zwangsstörung mit geringer Einsicht« benannt. Das DSM-5 berücksichtigt die Erkenntnis, dass Einsicht eher als ein dimensionales Phänomen zu verstehen ist, sodass nun grundsätzlich der Grad der Einsicht (gut/angemessen, wenig, fehlend) zu spezifizieren ist. Darüber hinaus ist im DSM-5 anzugeben, ob die Person gegenwärtig oder in der Vorgeschichte eine Tic-Störung aufweist.

Die Kriterien des zukünftigen ICD-11 orientieren sich eng am DSM-5. Unter dem Code 6B20 werden unterschieden:

- 6B20.0: Zwangsstörung mit guter oder mäßiger Einsicht
- 6B20.1: Zwangsstörung mit wenig oder fehlender Einsicht
- 6B20.Z: Unspezifische Zwangsstörung.

Die Engführung des ICD-10 der Obsessionen auf Gedanken wird im ICD-11 aufgegeben, diese umfassen nun auch Impulse und NJRE.

1.4 Die Zwangsspektrumstörungen

Wurde die Zwangsstörung im DSM-IV noch unter die Angststörungen klassifiziert, wird sie nun im DSM-5 und auch in der ICD-11 unter die Zwangsspektrumstörungen bzw. »Zwangsstörung und verwandte Störungen« (6B21 bis 6B25) gefasst. Gemäß der S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) zählen zu den Zwangsspektrumstörungen

»bestimmte Erkrankungen, die vor allem ein Charakteristikum mit den Zwängen gemeinsam haben, nämlich die Störung der Impulskontrolle, die zu einem repetitiven Verhalten und Wiederholen einzelner Symptome führt. Gemeinsam mit den Zwangsstörungen ist ihnen die Unfähigkeit, unangemessene Impulse oder Verhaltenstendenzen zu unterdrücken« (<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-007.html>, S. 30).

Unter diese neue Kategorie fallen in der ICD-11 die folgenden Diagnosen:

- **6B21 Körperdysmorphie Störung:**
 - Die Betroffenen beschäftigen sich zwanghaft mit dem eigenen Körperbild. Ihr Denken kreist dabei übermäßig viel um ein bestimmtes Körperteil wie beispielsweise der Nase und um operative Korrekturmöglichkeiten. Das Vermeidungsverhalten besteht darin, das betreffende Körperteil, wenn möglich, zu kaschieren oder zu verstecken.
- **6B22 Körpergeruchsstörungen (olfactory reference disorder)**
 - Diese Störung beschreibt das zwangshafte Befassen mit dem eigenen Körpergeruch, ist jedoch noch sehr wenig untersucht.
- **6B23 Hypochondrie:**
 - Die Betroffenen beschäftigen sich zwanghaft mit möglichen körperlichen Erkrankungen und sind in steter Sorge um ihre Gesundheit. Ihre Vorkehrmaßnahmen und Sicherheitshandlungen können auf den ersten Blick Zwangsritualen ähneln. Wichtig ist, dass sich die Sorgen und darauf bezogene Sicherheitshandlungen auf vermeintliche Erkrankungen beziehen. Im Rahmen von epidemisch oder pandemisch auftretenden Seuchen (z. B. Vogelgrippe oder Corona) sind die Betroffenen besorgt um mögliche Ansteckungswege und zeigen Vermeidungsverhalten und Sicherheitshandlungen, die einem Waschzwang ähnlich sind. Mitunter ist hier die differentialdiagnostische Abgrenzung schwierig.
- **6B24 Pathologisches Horten:**
 - Hier steht das Sammeln eigentlich unnützer Gegenstände und die Schwierigkeit, diese zu entsorgen, im Vordergrund. Im DSM-IV und in der ICD-10 wurde diese Symptomatik noch unter die Zwangsstörungen subsummiert, während sie in den neuen Versionen der Klassifikationssysteme als eigenständige Diagnose gefasst werden (► Kasten). Bei der oben in der Fallgeschichte genannten Mona wurde eine Zwangsstörung nach ICD 10 diagnostiziert. Nach ICD-11 würden hier in Zukunft eine Zwangsstörung und pathologisches Horten diagnostiziert.

Pathologisches Horten vs. Zwangsstörung

Pathologisches Horten ist für das Kindes- und Jugendalter nicht so gut erforscht wie für das Erwachsenenalter. In ihrer Übersichtsarbeit weisen Morris, Jaffee, Goodwin und Franklin (2016) darauf hin, dass ein großer Anteil der Patient*innen mit pathologischem Horten keine anderen Zwänge zeige. Auch bezüglich Ätiologie, Komorbidität und Ansprechen auf bewährte Behandlungskonzepte der Kognitiven Verhaltenstherapie ergaben sich erhebliche Unterschiede zwischen Patient*innen mit pathologischem Horten und Patient*innen mit Zwangsstörungen. Während Zwangsstörungen vor allem durch Angst und Ekel und deren Vermeidung aufrechterhalten werden, bestehen beim pathologischen Horten übermäßige Bindungen an die entsprechenden Objekte (teilweise in Kombination mit Personifizierung der Gegenstände) und Entscheidungsschwierigkeiten. Bei der Zwangsstörung trägt primär die negative Verstärkung zur Aufrechterhaltung der Symptome bei. Beim pathologischen Horten spielt in hohem Ausmaß auch die positive Verstärkung (wie oben im Beispiel von Mona) eine wichtige Rolle. Die Betroffenen empfinden Lust und auch Stolz bei der Aneignung der Sammelobjekte. Man kann davon ausgehen, dass das Horten insbesondere in den Fällen, in denen das Verhalten positiv verstärkt wird, eher ich-synton erlebt wird. Die negative Verstärkung bezieht sich primär auf Gefühle wie Trauer, Angst und Schuld. Die kognitiv-verhaltenstherapeutische Expositionsbehandlung pathologischen Hortens umfasst das sukzessive Eliminieren der Gegenstände und das Ertragen der damit assoziierten Verlustgefühle.

Die o. g. Zwangsspektrumstörungen werden wie die Zwangsstörung jeweils unterschieden nach »hinreichender bis guter Einsicht« (z.B. 6B21.0), »geringer bis fehlender Einsicht« (6B21.1) und der nicht näher bezeichneten Störung (6B21.Z).

Unter die Zwangsspektrumstörungen werden auch die folgenden **körperbezogenen repetitiven Verhaltensstörungen** (6B25) gefasst:

- **6B25.0 Trichotillomanie:**
 - Leitsymptom ist das zwanghafte Ausreißen der Haare.
- **6B25.1 Dermatillomanie:**
 - Die Betroffenen kratzen, zupfen oder reißen an Hautpartien.

Gemeinsam ist diesen Störungen, dass sie häufig unter Stress exazerbieren, das entsprechende Verhalten häufig unterbewusst geschieht und/oder kurzfristig zu einer gewissen Entspannung beiträgt. Mittel- und langfristig schämen sich viele der Betroffenen für die sichtbaren Folgen des Verhaltens (wie z. B. kahle Stellen am Kopf oder blutige Fingerkuppen), was zu erneutem Stress und zu weiterem Problemverhalten führen kann.